

Bovensiepen, G.; Oesterreich, R.; Wilhelm, K.; Arndt, M.

Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 5, S. 163-169



Quellenangabe/ Reference:

Bovensiepen, G.; Oesterreich, R.; Wilhelm, K.; Arndt, M.: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 5, S. 163-169 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-24882 - DOI: 10.25656/01:2488

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-24882>

<https://doi.org/10.25656/01:2488>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie,
Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg

29. Jahrgang / 1980

**VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH**

Aus Praxis und Forschung

Kinderklinik und Poliklinik
Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus
(Geschäftsf. Dir. Prof. Dr. H. Helge)
und
Abtlg. für Psychiatrie und Neurologie
des Kindes- und Jugendalters
(Leiter Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt)
der Freien Universität Berlin

Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale

Von G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt

Zusammenfassung

Es wird versucht einige in der Literatur genannten Konzepte über familiendynamische Vorgänge in Familien mit asthmakranken Kindern am Beispiel der elterlichen Erziehungseinstellung empirisch zu überprüfen. Untersucht wurden 68 Kinder mit Asthma bronchiale und deren Eltern sowie 118 gesunde Kontrollkinder und deren Eltern mit einem mehrdimensionalen Fragebogen zur vom Kind empfundenen väterlichen bzw. mütterlichen Erziehungseinstellung sowie mit dem FPL.

Die Testdaten sowie psychosoziale und klinische Daten wurden durch multivariate Verfahren statistisch bearbeitet. Die Erziehungsskalen diskriminierten nur die Asthmaväter von den Kontrollvätern, nicht jedoch die Mütter.

Dennoch werden die Ergebnisse als zumindest partielle Bestätigung der familiendynamischen Konzepte interpretiert. Das wichtigste Ergebnis der Studie ist, daß die Rolle der Väter in Asthmafamilien und die Vater-Kind-Beziehung bedeutender und differenzierter ist, als bisher angenommen wurde. Die Rolle der Väter kann als extrem konfliktvermeidend, harmonisierend und weiblich-mütterlich charakterisiert werden, was familiendynamisch in Zusammenhang mit einer mangelhaften Geschlechtsrollendifferenzierung der Eltern und dem Problem der Machtausübung der asthmakranken Kinder über ihre Eltern eine besondere Bedeutung erlangt.

1. Problemstellung

Erst in den letzten Jahren richten die Familientherapeuten ihr Interesse stärker auch auf die psychosomatischen Erkrankungen (Meissner 1966, Grolnick 1972, Selvini Palazzoli 1974, Minuchin et al. 1975, Stierlin 1976, Weakland 1977). Doch besteht ein Mißverhältnis zwischen der Vielfalt familiendynamischer Konzepte und der vergleichsweise geringen Anzahl objektivierender empirischer Untersuchungen zur Verifizierung dieser Konzepte. Ganz besonders gilt dies für einzelne psychosomatische Syndrome. Das Bronchialasthma ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter, und über die Wirksamkeit psychischer Faktoren bei Entwicklung und Verlauf dieser Krankheit bestehen heute kaum noch Zweifel (Steinhausen 1977, Teiramaa 1978). Dies und der hohe medizinisch-somatische Betreuungsaufwand machen die Erkrankung zu einem besonders geeigneten Beispiel, um an ihr das Zusammenspiel von Disposition (Allergie), Körpersymptomatik und zwischenmenschlichen Beziehungsmustern zu untersuchen (vgl. die Übersichten bei Freeman et al. 1964, Biermann 1969, Pinkerton und Weaver 1970, Steinhausen 1977). Bei den Beschreibungen der typischen Beziehungsmuster werden am häufigsten der Konflikt zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit (Williams 1975) sowie die ausgeprägte Ambivalenz der Mutter-Kind-Beziehung genannt (French und Alexander 1941, Mitchell et al. 1953, Boor 1965, Sperling

1969). Dagegen werden die Väter als eher passiv und weich (Mohr et al. 1963) und am Rande der Familie stehend (Liebman et al. 1974) beschrieben.

Asthmakranke Jungen tendieren dazu, sich mit diesen Vätern zu identifizieren (Purcell und Clifford 1966, Biermann 1969). Overbeck und Overbeck (1978) weisen darauf hin, daß die schwache Position des Vaters nur in Relation zur dominierenden, aber eher „pseudostarken“ Position der Mutter gesehen werden sollte. So ergeben auch Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur der Eltern eher heterogene Befunde, und es läßt sich kaum noch der Typ einer „asthmatischen“ Mutter aufrechterhalten. (Block 1969, Biermann 1969, Dührssen 1971, Taneli et al. 1976, Steinhäusen 1977, Singh et al. 1977). Überwogen bisher die intrapsychische Perspektive und Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur der Patienten oder deren Familienangehörigen, so finden sich kaum empirische Untersuchungen, die den interaktionalen und transaktionalen Aspekt der familiären Beziehungen bei kindlichen Asthmatikern zum Inhalt haben. So bietet sich die Untersuchung des Erziehungsverhaltens als ein wesentlicher Bereich von Eltern-Kind-Interaktionen an. Zunächst seien jedoch auf einige Arbeiten über die familiären Kommunikationsmuster in Asthmafamilien eingegangen.

Minuchin et al. (1975) und Liebman et al. (1974) betonen, daß sich die Familienmitglieder zudringlich und intensiv in die gegenseitigen Angelegenheiten einmischen, sich nicht gegeneinander abgrenzen und sich überverständnisvoll zueinander verhalten. Die Familie präsentiert sich häufig als besonders unauffällig und konfliktfrei, mit Ausnahme der medizinischen Verfassung des Indexpatienten. Sie vermeidet Veränderungen, das offene Austragen von Konflikten und Konfrontationen mit verschiedenen Meinungen. Die völlige Konzentration auf die Symptomatik des Kindes bewegt sie, eigene oder auch partnerschaftliche Konflikte zu umgehen. Jackson (1974) bezeichnet die familiäre Interaktion bei Familien psychosomatisch erkrankter Mitglieder mit dem Ausdruck „Restriktivität“ und betont damit die Spärlichkeit der Kommunikation als auch die verminderte emotionale Mitbeteiligung. Diese Familien vermeiden es, Affekte wie Wut, Ärger, Trauer oder Freude offen auszudrücken. Auch die mangelhafte Fähigkeit zur Austragung von Konflikten und affektive „Rigidität“ (Titchener et al. 1974) führten zu verstärkter emotionaler Spannung, in deren Verlauf es dann auch zu Asthmaanfällen kommen kann. Meissner (1966) bezeichnet diese Art Interaktionsmuster mit „Verstrickung“ und Solomon (1978) spricht von „minimal distance family“. Experimentell haben Wirkan et al. (1978) an einer kleinen Gruppe asthmakranker Kinder die Kommunikation zwischen den Eltern untersucht und fanden eine im Vergleich zur Kontrollgruppe herzkranker Kinder weniger effiziente Kommunikation: Sie ist unklar und amorph sowie durch mangelhaftes Hinhören und Eingehen auf den anderen, Vortäuschen gegenseitigen Verständnisses, Pseudoübereinstimmung und ausgeprägte Konfliktvermeidung gekennzeichnet. Das letztere ist besonders für die Väter typisch (siehe auch Minuchin et al. 1975). Im familiendynamischen Modell von Stierlin (1976) sind die asthmakranken Kinder möglicherweise „gebundene Delegierte“, zumindest scheint

der Bindungsmodus der vorherrschende Interaktionsmodus in der Asthmafamilie zu sein.

Abschließend sei auf die familiendynamische Kasuistik von Overbeck und Overbeck (1978) hingewiesen, in der die wechselseitige Dynamik von intrapsychischen Vorgängen und interpersonellen familiären Prozessen herausgearbeitet wurde. Das Asthma wird als eine psychosoziale Abwehrform verstanden, die eine entscheidende Bedeutung für das Gleichgewicht der emotionalen Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und für das ganze Familiensystem gewinnt.

Vor dem Hintergrund der genannten familiendynamischen Charakteristika der Asthmafamilien kann nun erwartet werden, daß die pädagogische Einflußnahme der Eltern auf die asthmakranken Kinder ebenfalls einige Besonderheiten aufweist und in sie intrapersonale sowie interpersonale Konflikte einfließen. Dabei ist die Erfassung der vom Kind wahrgenommenen elterlichen Erziehungseinstellung über die Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes nur ein Aspekt des Erziehungsstils. Das von den Kindern den Eltern zugeschriebene Erziehungskonzept kann als ein Indikator für familiäre Transaktionsmuster aufgefaßt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß über die Zusammenhänge von fremdperzipiertem Erziehungsverhalten und Interaktionsverhalten wie es etwa durch externe Beobachter klassifiziert werden kann, noch wenig bekannt ist (vgl. Lukesch 1975, S. 108f.). Wenn vermutlich auch die methodisch aufwendige und schwierige Direktbeobachtung familiärer Interaktionen das ergiebigste Instrument in der Familiendiagnostik darstellt, so ist dennoch zu vermuten, daß neben den bisher verwandten interaktionsorientierten Fragebogenverfahren oder projektiven Testverfahren auch verhaltensnahe Erziehungsfragebögen familiendiagnostisch angewandt werden können (vgl. die Übersicht bei Mattejat 1979). Untersuchungen über Erziehungsstile haben ergeben, daß zur Erfassung der wechselseitigen Beeinflussung aller am Erziehungsprozeß beteiligten Personen die besondere Fähigkeit der Kinder genutzt werden kann, elterliche Erziehungseinstellungen auf verhaltensnaher Ebene differenziert zu beurteilen (Schneewind und Pfeiffer 1978). Zur Erfassung der vom Kind wahrgenommenen Erziehungseinstellung liegen im deutschsprachigen Raum einige Untersuchungsinstrumente auf Fragebogenniveau vor. Dabei wird versucht, das elterliche Erziehungsverhalten auf wenige Dimensionen zu reduzieren: Bottenberg et al. (1973) geben „Zurückweisung – Feindschaft“ vs. „Zuneigung – Fürsorge“ an. Herrmann et al. (1968) haben, basierend auf lerntheoretischen Überlegungen, einen Fragebogen mit den zwei Dimensionen „Strenge“ und „Unterstützung“ vorgelegt. In Anbetracht der Heterogenität familiendynamischer Konzepte erschien es jedoch notwendig, ein Untersuchungsinstrument anzuwenden, mit dem mehr als nur zwei Dimensionen elterlichen Erziehungsverhaltens erfaßt werden. Schneewind und Mitarbeiter (1974) haben ein solches Inventar entwickelt. Die Autoren streben mit ihrem Fragebogen eine möglichst umfassende, aber auch inhaltsspezifische Beschreibung konkreten elterlichen Erziehungsverhaltens an. Der Fragebogen umfaßt die folgenden sieben Dimensionen perzipierter

mütterlicher (PME) bzw. väterlicher (PVE) Erziehungseinstellungen:

Durchsetzung (1), Einfühlung (2), Kontaktsuche (3), Manipulation (4), Nachsicht (5), Toleranz (6), Unterstützung (7). Eine Verwendung für klinische Fragestellungen fand der Fragebogen unseres Wissens bislang nicht.

Sofern die Erziehungsstilskalen relevante Interaktionsmodi abbilden, lassen sich folgende Arbeitshypothesen formulieren, die empirisch überprüft werden sollen:

1. Im Sinne der Tendenz der Eltern, Konflikte zu vermeiden, werden die asthmakranken Kinder ihre Eltern als toleranter, nachgiebiger und unterstützender sowie verständnisvoller und weniger konsequent durchsetzend erleben.

2. Die geringe interpersonale Grenzziehung, die „Verstrickung“ sowie fusionistische Tendenzen in den Asthmafamilien werden sich in einer vom Kind stärker wahrgenommenen Suche der Eltern nach Kontakt, räumlicher Nähe und vermehrter elterlicher Einfühlungsfähigkeit niederschlagen.

3. Das Merkmal „Restriktivität“ des emotionalen Klimas wird sich bei jenen Skalen auswirken, in denen das Erziehungsverhalten als stark gefühlsbetont und affektiv-impulsiv erlebt wird, so daß zu erwarten ist, daß besonders auf den Skalen „Einfühlung“, „Nachsicht“ und „Toleranz“ die Kontrollkinder niedrige Werte erreichen, d.h. ihre Eltern gefühlsbetonter als die Asthmakinder erleben.

4. Berücksichtigt man die in der Literatur besonders hervorgehobene Mutter-Kind-Beziehung, so ist zu erwarten, daß die Asthmakinder die Erziehungseinstellung ihrer Eltern unterschiedlich einstufen werden.

5. Im Sinne der postulierten dynamischen Wechselwirkung im Erziehungsprozeß ist die vom Kind wahrgenommene Erziehungseinstellung der Eltern unabhängig von deren psychopathologischen Merkmalen oder Persönlichkeitsfaktoren, wie sie in einem Persönlichkeitsfragebogen zum Ausdruck kommen.

6. Entsprechend den Literaturangaben erwarten wir auch nicht, daß sich die Eltern asthmakranker Kinder von den Eltern gesunder Kinder durch typische Persönlichkeitsmerkmale unterscheiden lassen.

2. Methodik

2.1. Stichprobenbeschreibung

Wir untersuchten 68 Familien, in denen ein Kind an Asthma bronchiale leidet. Das Alter der Kinder betrug im Mittel 11,7 Jahre (Streubreite 9 bis 15 Jahre). Als Kontrollgruppe dienten 118 Schulkinder der 4. bis 6. Grundschulklassen (10 bis 13 Jahre) und deren Eltern. Die beiden Untersuchungsgruppen waren hinsichtlich folgender sozialer Merkmale vergleichbar (d.h. es bestand kein statistisch signifikanter Einfluß auf die Testergebnisse): Alter der Kinder und deren Eltern, Kinderanzahl und Geschwisterposition in der Familie, Altersdifferenz der Eltern und Alter bei der Geburt des Kindes, Schulabschluß; Dauer der Berufstätigkeit tagsüber beider Eltern (z.B. ganztags oder halbtags); Familienkonstellation (z.B. Vollfamilien). Hinsichtlich des sozioökonomischen Status (nach *Kleiny und Moore*)

unterschieden sich die Gruppen insofern, als bei der Asthmagruppe 17,8% aus der Unterschicht, 82,2% aus der Mittelschicht stammen; die Kontrollkinder stammen zu 28,6% aus der Unterschicht und 71,4% aus der Mittelschicht. Insgesamt erfaßt die Stichprobe also im wesentlichen großstädtische Mittelschichtfamilien. Der sozioökonomische Status hat jedoch keinen signifikanten Einfluß auf die Ergebnisse der Fragebogenbeantwortungen. Über differenzierte klinische Daten der Asthmagruppe wird an anderer Stelle ausführlich berichtet werden; hier soll lediglich erwähnt werden, daß das mittlere Ersterkrankungsalter 4,7 Jahre betrug und die mittlere Erkrankungsdauer bei 7,1 Jahren lag. 56,2% der Kinder waren wegen des Asthmas zwischen 1 bis 9 mal in stationärer Behandlung gewesen.

2.2 Methodenbeschreibung und Datenerhebung

Die Fragebogen zur Erfassung der perzipierten elterlichen Erziehungseinstellung enthalten jeweils für Vater und Mutter 84 Items. Nähere testmetrische Einzelheiten bei *Schneewind et al.* (1974).

Den Eltern der Kinder wurde außer einem Anamnesefragebogen noch das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (*Fahrenberg et al.* 1973) vorgelegt, wobei die Mütter die „Halbform A“ und die Väter die „Halbform B“ beantworteten. Damit sollten Anhaltspunkte über die Persönlichkeitsmerkmale der Eltern gewonnen werden.

Die Testdurchführung erfolgte im Gruppenversuch mit Gruppen bis zu 15 Probanden, wobei Eltern und Kinder zur Testdurchführung getrennt wurden.

2.3 Auswertung

In den 4 pro Familie angewandten Fragebogenverfahren sind insgesamt 38 Skalen enthalten. Hier werden nur solche Ergebnisse berichtet, die sich statistisch durch multivariate Verfahren haben stützen lassen. Diese Einschränkung ist erforderlich, da bei einer großen Anzahl einzelner Signifikanz-Tests die Wahrscheinlichkeit des Auftretens signifikanter Ergebnisse trotz fehlender Entsprechungen in der Population wächst.

3. Ergebnisse

3.1 Die elterlichen Erziehungseinstellungen

Die Ergebnisse der einzelnen Erziehungsstil-Skalen werden anschließend interpretiert, wobei wir weitgehend die von *Schneewind* gegebenen Beschreibungen der Skalen zugrundelegen. Die beiden Stichproben lassen sich nur durch die väterlichen Erziehungseinstellungen statistisch signifikant diskriminieren, nicht jedoch durch die mütterlichen Erziehungseinstellungen oder durch eine Kombination väterlicher und mütterlicher Skalen. Wie Tab. 1 zeigt, unterscheiden sich die Asthmafamilien von den Kontrollfamilien auf den Dimensionen „Durchsetzung“, „Kontaktsuche“, „Manipulation“ und „Toleranz“.

3.1.1 Durchsetzung väterlicher Vorstellungen vs. Nachgiebigkeit

Die Väter der Asthmakinder werden von ihren Kindern weniger durchsetzend bzw. als nachgiebiger wahrgenom-

men, als die Väter der Kontrollgruppe. Wir betrachten diese Skala als eine ausgesprochene „Konflikt-Skala“ insofern, als der eine Skalenpol durch das elterliche „Beharren auf Absichten und Vornahmen, die mit kindlichen Handlungstendenzen kollidieren“ (Schneewind 1974) charakterisiert ist, der andere Skalenpol dadurch, daß es den Kindern gelingt, die Väter von ihren Absichten abzubringen und dadurch ein gewisses Maß an Kontrolle über das elterliche Verhalten ausüben.

bewertet werden: Die Väter der asthmakranken Kinder wenden in stärkerem Ausmaß eine Technik der Manipulation kindlichen Verhaltens an, die darin besteht, daß das Kind unter einen starken „Konformitätsdruck“ gesetzt wird, in dem der Vater die Konsequenzen nichtkonformen Verhaltens als für ihn besonders unangenehm herausstellt. Auch eine Form verdeckter Kommunikation und indirekter Kontrolle kommt darin zum Ausdruck, daß scheinbar auf Wünsche und Vorlieben des Kindes eingegangen wird, dieses

Tabelle 1: Diskriminanzanalyse (p < .05) und Mittelwertvergleich der väterlichen Erziehungseinstellungen

	Diskriminanzkoeffizient	F-Wert	Mittelwert		Signifikanzniveau des Mittelwertvergleiches
			Asthma	Kontrolle	
Durchsetzung	.48	7.71	5.4	6.7	.01
Einfühlung	.01	2.37	8.4	7.7	n. s.
Kontaktsuche	-.49	9.95	7.2	5.9	.01
Manipulation	-.48	1.61	2.9	2.4	n. s.
Nachsicht	-.05	2.34	9.4	8.8	n. s.
Toleranz	-.33	4.27	10.1	9.4	.05
Unterstützung	-.02	2.27	8.2	7.7	n. s.

Bei Durchsicht einzelner Items der Skalen fällt auf, daß Konflikte überwiegend auf der Ebene von Gebots- und Verbotsorientierung (Über-Ich-Ebene) angesprochen werden und es sich bei den „kindlichen Handlungstendenzen“ um – inhaltlich allerdings heterogene – Es-Impulse (Lust-Unlustprinzip) handelt. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Asthmakinder ihre Väter als stärker konfliktvermeidend erleben, sie als erzieherisch wenig konsequent wahrnehmen und meinen, eigene Motive besser durchsetzen zu können, als dies im Erleben der Kontrollkinder deutlich wird. Bezüglich der Väter unterstützt dies Ergebnis unsere erste Hypothese.

3.1.2 Väterliche Kontaktsuche vs. Distanzierung

Die Asthmakinder nehmen ihre Väter kontaktsuchender wahr als die Kinder der Kontrollgruppe. Die Väter suchen sehr die räumliche Nähe der Kinder, teilen möglichst viele Aktivitäten mit ihnen, und die vom Kind erlebte „Akzeptanz-Bereitschaft“ des Vaters scheint bei den Asthmakindern wesentlich größer zu sein als bei den Kontrollkindern. Die Väter werden in der Weise wahrgenommen, daß „die Gegenwart des Kindes per se als belohnend und angenehm erlebt wird“ (Schneewind 1974). Diese verstärkte Kontaktsuche bedeutet aber auch einen Mangel an interpersonaler Abgrenzung und signalisiert fusionistische Tendenzen und Harmonisierungstendenzen, die bis zum unangemessenen Verzicht auf die Artikulierung und Durchsetzung eigener Bedürfnisse der Eltern gehen. Dieses Ergebnis bestätigt die Hypothese der „minimal distance family“ nur hinsichtlich der Kind-Vater-Interaktion (2. Hypothese).

3.1.3 Manipulation und Appell an das kindliche Mitgefühl

Diese Skala diskriminiert die beiden Stichproben ebenfalls und kann auch als Bestätigung der 2. Arbeitshypothese

scheinbare Eingehen jedoch „als Vehikel für die Durchsetzung eigener Ziele und nicht als echtes Eingehen auf kindliche Wünsche“ (Schneewind 1974) vom Kind erlebt wird.

3.1.4 Väterliche Toleranz vs. Kontrolle

Die Asthmakinder erleben ihre Väter toleranter als die Kontrollkinder. Nach Schneewind scheint diese Skala das Ausmaß an „selbständigem Entscheidungs- und Handlungsspielraum abzubilden“, der dem Kind vor allem in bezug auf seine alltäglichen Routinepflichten zugebilligt wird. Auf der einen Seite ist das väterliche Verhalten durch eine „Tendenz zur kleinlichen Überwachung des Kindes“ gekennzeichnet; auf Widerstände seitens des Kindes wird mit heftigen emotionalen Reaktionen geantwortet (Aggressivität, Drohen mit Liebesentzug), die depressiv-dysphorisch getönt und dazu geeignet sind, beim Kind Schuldgefühle zu wecken. Diese affektbetonte Dichte der Vater-Kind-Beziehung scheint bei den Asthmafamilien weniger intensiv, sich zumindest nicht so offen zu manifestieren wie bei den Kontrollfamilien. Möglicherweise verbirgt sich unter der „tolanteren“ Haltung der Väter der Asthmakinder ein Teil jener emotionalen „Restriktivität“ (3. Hypothese), indem es die Asthmaväter gar nicht erst zu affektiv aufgeladenen und offen ausgelebten Konflikten und Reaktionen kommen lassen.

3.1.5 Unterschiede in den Erziehungseinstellungen zwischen den Eltern

Um zu klären, wie stark sich die Asthma- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Ausmaßes unterscheiden, in dem Vater und Mutter auf der gleichen Dimension verschieden wahrgenommen werden, bildeten wir für jede der 7 Skalen die Differenz von väterlichem und mütterlichem Mittelwert und verglichen diese Differenzen der beiden Stichproben. Ein statistisch signifikanter Unterschied fand sich lediglich

auf der Dimension „Kontaktsuche“ ($p = .01$). Während die Kontrollkinder ihre Eltern auf dieser Dimension ähnlich wahrnehmen, werden die Eltern der Asthmakinder sehr viel unterschiedlicher eingeschätzt, wobei die Väter in Relation zu den Müttern als stärker kontaktsuchend wahrgenommen werden. Die 4. Hypothese wird durch dies Ergebnis insgesamt nicht gestützt. Demgegenüber charakterisiert es jedoch die erzieherische Rolle des Vaters bei Asthmakindern in besonderer Weise.

3.2 Die Selbstdarstellung der Eltern im FPI

Durch eine Diskriminanzanalyse ließen sich keine FPI-Persönlichkeitsmerkmale finden, die die Eltern der Asthmakinder von denen der Kontrollkinder unterscheiden. Dies bestätigt erneut, daß die Eltern von Asthmakindern in psychologischer Hinsicht eine eher heterogene Population sind (Hypothese 6).

Für die Annahme, daß die körperliche Erkrankung des Kindes den Eltern dazu dienen kann, eigene Konflikte zu umgehen, insbesondere Gefühle des Ärgers, der Wut oder der Feindseligkeit nicht offen zu zeigen (1. und 3. Hypothese), sprechen weitere Ergebnisse der Datenanalyse, die allerdings nur mit Vorsicht interpretiert werden können, weil sie multivariat nicht zu stützen sind:

Tabelle 2: Korrelation von Erkrankungsdauer der Kinder und den elterlichen FPI-Skalen

Stanine-Mittelwert d. FPI-Skalen				
	M	s	r	p
Mütterliche Aggressivität	4.2	2.1	-.20	0.05
Mütterliche Erregbarkeit	5.0	1.6	-.19	0.05
Mütterliche Offenheit	4.9	1.7	-.30	0.01
Mütterliche Emotionale Labilität	4.7	2.0	-.20	0.05
Väterliche Aggressivität	6.0	1.3	-.19	0.1
Väterliche Offenheit	3.6	1.3	-.19	0.1

Betrachtet man die einfachen Korrelationen von Erkrankungsdauer des Kindes mit den Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern im FPI, so ergeben sich statistisch signifikante negative Zusammenhänge jeweils mit den Skalen „Aggressivität“, „Erregbarkeit“, „Offenheit“ und „emotionale Labilität“ der Mütter und ebenfalls negative Korrelationen mit den väterlichen Skalen „Aggressivität“ und „Offenheit“. Dies kann bedeuten, daß je länger die Symptomatik des Kindes bereits andauert, desto geringer ist die Bereitschaft der Eltern spontane Aggressionstendenzen, Impulsivität, aufbrausende Affekte oder Selbstkritik zuzugeben. Dies Ergebnis könnte die Annahme bestätigen, daß das körperliche Symptom des Kindes innerfamiliär dazu dient, Konflikte zu zugehen, um den Index-Patienten zu „schonen“ (siehe Liebman et al. 1974). Auf der Grundlage von Korrelationskoeffizienten kann jedoch keine kausale Beziehung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern und Erkrankungsdauer des Kindes nachgewiesen werden.

3.3 Zusammenhang von Erziehungseinstellung und Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern

Die einfachen Korrelationen (Pearson-Korrelationskoeffizient) der Erziehungseinstellungs-Skalen mit den FPI-Skalen ergab einige statistisch signifikante Ergebnisse. Beim Vergleich der Koeffizienten der Asthmagruppe mit denen der Kontrollgruppe zeigte sich jedoch, daß die statistisch signifikanten Korrelationen vergleichbarer Variablen nicht gegenläufig gepolt waren, so daß eine vergleichende Interpretation der Korrelationsmatrizen beider Probandengruppen statistisch nicht ausreichend gesichert ist.

Die Kanonische Korrelationsanalyse zwischen den Erziehungseinstellungs-Skalen und den FPI-Skalen – getrennt für Mütter und Väter – ergab keine signifikanten Ergebnisse. Die Berechnung der multiplen Korrelationen zwischen jeweils den einzelnen Erziehungsstil-Skalen und den FPI-Skalen ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang lediglich bei den Asthmafamilien, und zwar auf der Skala mütterliche „Durchsetzung“ ($R = .60$, $p = .01$). Es zeigte sich, daß für die vom Kind als „Durchsetzung mütterlicher Vorstellungen“ wahrgenommene Erziehungseinstellung die Skala „emotionale Labilität“ (Neurotizismus) die bedeutendste Vorhersagequalität besitzt (β -Gewicht = $.62$, $p = .02$; bivariates $r = .25$). Im Sinne der 5. Hypothese bestätigt dies Ergebnis, daß es kaum bedeutsame Zusammenhänge zwischen den eher statistischen Persönlichkeitsmerkmalen und den mehr dynamischen, die Interaktionsqualität erfassenden Erziehungsstil-Skalen gibt. Immerhin ist festzuhalten, daß nur in den Asthmafamilien gerade emotional labile Mütter (Mißstimmung, Reizbarkeit, Grübeleien, Kontaktstörungen) vom Kind als durchsetzend erlebt werden, was bezüglich der Konfliktvermeidungs-These (siehe Hypothese 1) Bedeutung erlangen kann.

4. Diskussion

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde versucht, einige in der Literatur genannten Konzepte über die Familiendynamik in Asthmafamilien am Beispiel der elterlichen Erziehungseinstellung empirisch zu überprüfen. Wir gingen davon aus, daß sich mit einem mehrdimensionalen Fragebogeninstrument zur Erfassung der vom Kind wahrgenommenen elterlichen Erziehungseinstellung bedeutsame familiäre Interaktionsmodi abbilden lassen. Die zunächst für die gesamte Familie als charakteristisch angenommene Neigung zur Konfliktvermeidung und die geringe innerfamiliäre Distanz und interpersonale Abgrenzung ließ sich nur für die Vater-Kind-Beziehung statistisch sichern. Es erscheint uns jedoch verfrüht, daraus zu folgern, daß diese Konzepte nicht auf die Gesamtfamilie anwendbar sind.

In der Literatur wird die Ambivalenz der Mutter-Kind-Beziehung hervorgehoben (Jessner 1963, de Boor 1965, Sperling 1969, Williams 1975). Widersprüchliche Antworttendenzen, die möglicherweise Ausdruck einer ambivalenten Beziehung wären, können durch das angewandte Fragebogenverfahren nicht entsprechend abgebildet werden, weil eine widersprüchliche Antworttendenz nicht durch einen Summenscore der jeweiligen Skala erfaßt werden kann. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist die von Overbeck (1978)

betonte unvollständige Selbst-Objekt-Abgrenzung zwischen Mutter und Kind bzw. der von *Biermann* (1969) betonte symbiotische Charakter der Beziehung, was zu einer mangelhaften Autonomie auch kognitiver psychischer Funktionen führen kann und sich vielleicht in einer undifferenzierteren und weniger distanzierten Perzeption der mütterlichen Erziehungseinstellung niederschlägt, wie sie sich mit einem Fragebogenverfahren erfassen läßt. So ist es nicht verwunderlich, daß mit unserem Untersuchungsansatz diese spezifische Mutter-Kind-Dynamik nicht erfaßt wurde, da es sich bei ihr im wesentlichen um unbewußt ablaufende Prozesse handelt, die aus intrapsychischer Perspektive untersucht wurden.

Ein indirekter empirischer Hinweis für das Konzept der emotionalen Restriktivität, der Konfliktvermeidung und der Harmonisierungstendenzen für die gesamte Familie ist der gefundene Zusammenhang von Erkrankungsdauer des Kindes und Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern. Dabei ist nicht entscheidend, ob sich die Asthmaeltern hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale von den Kontrolleltern unterscheiden, was auch mit den entsprechenden Ergebnissen anderer Untersuchungen (*Block et al.* 1976, *Singh* 1978) in Einklang steht. So könnte insbesondere die negative Korrelation von Erkrankungsdauer mit der FPI-Skala „Offenheit“, die auch ein Maß dafür ist, sich sozial erwünscht darzustellen, die Vermutungen nahelegen, daß die langjährige Erkrankung des Kindes psychosozialen Abwehrmanövern der Eltern zumindest entgegenkommt. Die Tatsache, daß nur eine Erziehungsstil-Skala (mütterliche „Durchsetzung“) in statistisch gesichertem Zusammenhang mit den FPI-Skalen gefunden wurde, liegt u. a. vermutlich auch an den angewandten Verfahren auf Fragebogniveau und entsprach unseren Erwartungen. Die direkte Interaktionsbeobachtung gibt vermutlich mehr Aufschluß über den Zusammenhang von Interaktionsverhalten und aktueller psychischer Befindlichkeit. Daß von diesem Zusammenhang allerdings nur die Mütter der Asthmakinder betroffen sind, zeigt zumindest, daß von den Asthmakindern das Problem der Wunsch-Versagungen in engem Zusammenhang mit der mütterlichen Befindlichkeit wahrgenommen wird (vgl. auch *Sperling* 1969).

Das wichtigste Ergebnis der Studie besteht unseres Erachtens darin, daß ergänzend zu der in der Literatur fast ausschließlich hervorgehobenen pathogenen Mutter-Kind-Beziehung die Rolle des Vaters eine größere Bedeutung und Differenzierung erhält. Dies kommt jedoch nicht in einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur des Vaters zum Ausdruck, sondern in seinem vom Kind wahrgenommenen Rollenverhalten als Erzieher. Die Rolle der Asthmaväter kann aufgrund unserer Ergebnisse eher als „mütterlich“ charakterisiert werden. Dies entspricht auch den in der Literatur berichteten Befunden, wo von weicher Passivität (*Mohr et al.* 1963, *Biermann* 1969, *Liebman et al.* 1974) berichtet wird und auf eine gewisse Unsicherheit der Väter in ihrer Geschlechtsrolle (*Overbeck* und *Overbeck* 1978) verwiesen wird. Bezogen auf den Erziehungsstil und die familiäre Transaktion wäre die mangelhafte Differenzierung der Geschlechtsrolle von erheblicher familiendynamischer Bedeutung insofern, als damit auch das Problem der Macht-

verteilung innerhalb der Familie aufgeworfen wird. *Liebman et al.* (1974) weisen darauf hin, daß asthmakranke Kinder durch ihr körperliches Leiden eine erhebliche Macht über ihre Eltern ausüben können. Möglicherweise bedienen sich die Kinder dazu jedoch gegenüber ihren Müttern anderer Mittel als gegenüber ihren Vätern. Wie diese Machtausübung typischerweise abläuft, konnte durch die Art unseres Untersuchungsansatzes nicht geklärt werden, doch bestätigen unsere Ergebnisse hinsichtlich der Skala „Durchsetzung mütterlicher/väterlicher Vorstellungen“ die herausragende Rolle dieses familiendynamischen Vorganges.

Abschließend möchten wir betonen, daß unsere Untersuchung lediglich einen ersten Versuch darstellt, die empirische Lücke zu füllen, die bisher im Bereich der „Familienpsychosomatik“ besteht.

Summary

Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics

The study is an attempt to empirically test some concepts concerning dynamic processes in families with asthmatic children by means of the parental child-rearing attitude. 68 children suffering from asthma bronchiale and their parents were compared to 118 healthy children and their parents. We used the FPI and a multidimensional questionnaire concerning the child's perception of the paternal respectively maternal child-rearing attitude.

The test scores, psychosocial and clinical data were treated statistically by multivariate procedures. Discriminant analysis revealed child-rearing differences only among the fathers. No differences were found among the mothers of asthmatics and controls. However the results are interpreted at least as a partial verification of the family dynamics. The main results of the study concern the father's role in the family. This part as well as the father-child-relation in families with asthmatic children seem much more significant and differentiated than research has hitherto supposed. The father's role may be characterized as extremely harmonizing, conflict avoiding, and maternal. This role combined with insufficient gender role differentiation of the parents obtains a special significance. This is particularly the case when combined with the asthmatic child's powerful position within the family process.

Literatur

- Biermann, G.* (1969): Psychosomatik des Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. *Praxis* 17: 33–49. – *Block, J.* (1969): Parents of Schizophrenic, Neurotic, Asthmatic, and Congenitally Ill Children. *Arch. Gen. Psychiat.* 20: 659–674. – *Boor, C. de* (1965): Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale. Bern und Stuttgart (Huber/Klett). – *Bottenberg, E.-H., Gareis, B., Rausche, A.* (1973): Perzipierte elterliche Erziehungsstile bei männlichen Jugendlichen: Dimensionierung und Skalenkonstruktion. *Psychologie und Praxis* 17: 105–125. – *Dührssen, A.* (1971): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 8. Auflage. Göttingen-Zürich (Vandenhoeck und Ruprecht). – *Fahrenberg, J., Selg, H. und Hampel, R.* (1973): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI. Göttingen, (Dr. C. J. Hogrefe). – *Freeman, E. H., Feingold, B. F., Schlesinger, K., Gorman, F. J.* (1964): Psychological Variables in Allergic Disorders. A Review. *Psychosom. Med.* 26:

- 543–575. – French, T.M. und Alexander, F. (1941): Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosom. Med. Monographs, Washington, D.C. – Grolnick, L. (1972): A Family Perspective of Psychosomatic Factors in Illness: A Review of the Literature. Fam. Proc. 11: 457–485. – Herrmann, T., Schwitajewski, E., Ahrens, H.-J. (1968): Untersuchungen zum elterlichen Erziehungsstil: Strenge und Unterstützung. Arch. f. d. ges. Psychol. 120: 74–105. – Jackson, D.D., Yalom, I. (1974): Familiäre Interaktionsmuster und Colitis ulcerosa. In: K. Brede (Hrsg.), Einführung in die Psychosomatische Medizin. Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M., 242–257. – Jessner, L. (1963): The Psychoanalysis of an Eight-Year-Old Boy with Asthma. In: H.J. Schneer (Hrsg.), The Asthmatic Child, 118–137. New York und London (Harper und Row). – Liebman, R., Minuchin, S., Baker, L. (1974): The Use of Structural Family Therapy in the Treatment of Intractable Asthma. Am. J. Psychiat. 131: 535–540. – Lukesch, H. (1975): Erziehungsstile. Pädagogische und psychologische Konzepte. Stuttgart, Kohlhammer. – Mattejat, F. (1979): Familieninteraktion und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: H. Remschmidt (Hrsg.), Psychopathologie der Familie und kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen. Bern und Stuttgart, Huber (in Druck). – Meissner, W.W. (1966): Family Dynamics and Psychosomatic Process. Fam. Proc. 5: 142–161. – Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., Todd, Th.C. (1975): A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. Arch. Gen. Psychiat. 32: 1031–1038. – Mitchell, A.J., Frost, M.S.W.L., Marx, J.R. (1953): Emotional Aspects of Pediatric Allergy. The Role of the Mother-Child Relationship. Ann. of Allerg. 11: 744–751. – Mohr, G.J., Selesnick, Sh. und Augenbraun, B. (1963): Family Dynamics in Early Childhood Asthma: Some Mental Health Considerations. In: H.J. Schneer (Hrsg.), The Asthmatic Child, 103–117. New York und London (Harper/Row). – Overbeck, A., Overbeck, G. (1978): Das Asthma bronchiale im Zusammenhang familiendynamischer Vorgänge. Psyche 32: 929–955. – Pinkerton, Oh., Weaver, C.M. (1970): Childhood Asthma. In: O.W. Hill (Hrsg.): Modern Trends in Psychosomatic Medicine. 81–104. London. – Purcell, K., Clifford, E. (1966): Binocular rivalry and the study of identification in asthmatic and nonasthmatic boys. J. Consult. Psychol. 30: 388–394. – Schneewind, K.A., Engfer, A., Filip, U.-D., Hoffmann, A. (1974): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung perzipierter mütterlicher Erziehungseinstellungen. Sonderforschungsbereich 22 der Universität Erlangen-Nürnberg. Nürnberg. – Schneewind, K.A., Pfeiffer, O. (1978): Elterliches Erziehungsverhalten und kindliche Selbstverantwortlichkeit. In: K.A. Schneewind und H. Lukesch (Hrsg.), Familiäre Sozialisation. Klett-Cotta, Stuttgart 1978. – Selvini Palazzoli, M. (1974): Self Starvation. London (Chancer Publ. Comp.). – Singh, S.B., Nigam, A., Srivastava, J.R. (1977): An investigation into the personality structure of asthmatic Children and their parents by the use of H.S.P.Q. and the 16 PF. Ind. J. Clin. Psychol. 4: 9–14. – Solomon, M.A. (1978): Typologies of Family Homeostasis: Implications For Diagnosis and Treatment. Fam. Ther. 1: 9–18. – Sperling, M. (1969): Psychotherapeutische Aspekte des kindlichen Bronchialasthmas. In: G. Biermann (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II, 886–896, München und Basel (Reinhardt). – Steinhausen, H.-Ch. (1977): Psychosomatische Theorienbildung des Asthma bronchiale. Mschr. Kinderheilk. 125: 129–136. – Stierlin, H. (1976): Psychosomatische Erkrankungen als Störung der Differenzierung-Integration: Ein Ausblick auf die „Familiensychosomatik“. Familiendynamik 1: 272–293. – Taneli, S., Ulrich, J. (1976): Ergebnisse der Psychodiagnostik bei Kindern mit Asthma bronchiale. In: K. Bosse und P. Hünecke (Hrsg.), Psychodynamik und Soziodynamik bei Hautkrankheiten, 132–142. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht). – Teiramaa, E. (1978): Psychosocial and psychic factors in the course of asthma. J. Psychosom. Res. 22: 121–125. – Titchener, J.L., Riskin, J., Emerson, R. (1974): Die Familie im psychosomatischen Prozeß. In: K. Brede (Hrsg.), Einführung in die psychosomatische Medizin. 214–241 Frankfurt/Main. (Fischer Athenäum). – Weakland, J.H. (1977): „Family Somatics“ – a neglected edge. Fam. Proc. 16: 263–272. – Williams, J.S. (1975): Aspects of Dependence-Independence Conflict in Children with Asthma. J. Child. Psychol. Psychiat. 16: 199–218. – Wirkan, R., Faleide, A., Blakar, R.M. (1978): Communication in the family of the asthmatic child. Acta psychiat. scand. 57: 11–26.
- Anschr. d. Verf.: Dr. med. Gustav Bovensiepen. Abtlg. f. Psychiatrie u. Neurologie d. Kindes- u. Jugendalters d. FU Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.